

УДК 159.942.5:616-02

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/129/37>

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ СТРАХА НА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА

©**Баялиева Ж. Т.**, ORCID: 0009-0005-7275-5415, *Международный университет Кыргызстана, г. Бишкек, Кыргызстан, zhyldyzaialieva@gmail.com*

©**Мамырканов М. А.**, ORCID: 0009-0008-1871-8746, SPIN-код: 6398-8768,
канд. социол. наук, Международный университет Кыргызстана, г. Бишкек, Кыргызстан, Maksat_Mamyrkanov@mail.ru

©**Дуйшебаева Н. Ж.**, *Международный университет Кыргызстана, г. Бишкек, Кыргызстан, dnazik80@gmail.com*

©**Хубиева С. А.**, ORCID: 0009-0003-8550-6632, SPIN-код: 6596-1945,
канд. экон. наук, Международный университет Кыргызстана, г. Бишкек, Кыргызстан, aminovna1986@mail.ru

©**Юсупова Ж. К.**, ORCID: 0009-0003-4137-1449, SPIN-код: 1158-8960, *Международный университет Кыргызстана, г. Бишкек, Кыргызстан, oktaecyeon.lovely.jiks@gmail.com*

PSYCHOSOMATIC MECHANISMS OF FEAR'S IMPACT ON HUMAN FUNCTIONING

©**Bayalieva J.**, ORCID: 0009-0005-7275-5415, *International University of Kyrgyzstan, Bishkek, Kyrgyzstan, zhyldyzaialieva@gmail.com*

©**Mamyrkanov M.**, ORCID: 0009-0008-1871-8746, SPIN-code: 6398-8768, Ph.D., *International University of Kyrgyzstan, Bishkek, Kyrgyzstan, Maksat_Mamyrkanov@mail.ru*

©**Duyshebaeva N.**, *International University of Kyrgyzstan, Bishkek, Kyrgyzstan, dnazik80@gmail.com*

©**Khubieva S.**, ORCID: 0009-0003-8550-6632, SPIN-code: 6596-1945, P.D., *International University of Kyrgyzstan, Bishkek, Kyrgyzstan, aminovna1986@mail.ru*

©**Yusupova Z.**, ORCID: 0009-0003-4137-1449, SPIN-code: 1158-8960, *International University of Kyrgyzstan, Bishkek, Kyrgyzstan, oktaecyeon.lovely.jiks@gmail.com*

Аннотация. Исследование посвящено изучению психосоматических механизмов влияния страха на жизнедеятельность человека. Цель работы заключалась в систематизации нейробиологических, психологических и физиологических звеньев трансформации эмоции страха в телесные дисфункции, а также в выявлении нерешенных проблем в данной области. Методом теоретического анализа и систематизации научных публикаций (базы PubMed, Scopus, российские журналы, 2018–2025 гг.) установлены четыре нейробиологических уровня организации реакции страха: кортикальный, лимбический, стволовой и эндокринный. Выявлено, что алекситимия (неспособность к вербализации эмоций) выступает ключевым медиатором соматизации страха, причем ее уровень достоверно выше при соматоформных расстройствах ($47,54 \pm 5,20$ по TAS-20) по сравнению с тревожно-фобическими ($34,69 \pm 10,69$). Установлены два типа психосоматического реагирования на страх: симпато-адреналовый (характерный для большинства тревожных расстройств, с тахикардией и гипертензией) и парасимпатический/вазовагальный (при специфических фобиях, с брадикардией и гипотензией). Сравнительный анализ показал, что при тревожно-фобических расстройствах уровень тревоги выше ($11,79 \pm 3,07$ по HADS), тогда как при соматоформных расстройствах доминируют депрессия ($8,07 \pm 1,98$) и алекситимия. Проанализирована эффективность терапевтических подходов: когнитивно-поведенческая терапия остается золотым стандартом, а методы бессознательной экспозиции демонстрируют предварительные данные о снижении поведенческого избегания ($d=0,77$). Выявлены пробелы в изучении проблемы: недостаток

лонгитюдных исследований, отсутствие интегративных моделей системного взаимодействия органов при хроническом страхе, неразработанность персонализированных алгоритмов выбора терапии. Полученные выводы учитывают необходимость внедрения скрининга тревоги и алекситимии у пациентов с соматическими жалобами неясного генеза, использования шкал HADS и TAS-20 для дифференциальной диагностики тревожно-фобических и соматоформных расстройств, а также проведения психообразования при выраженной алекситимии. Разработаны рекомендации для клинической практики: подготовка врачей первичного звена к распознаванию психосоматических масок страха и приоритетное проведение лонгитюдных исследований для установления причинно-следственных связей.

Abstract. The study is devoted to the psychosomatic mechanisms of fear's influence on human vital activity. The aim was to systematize the neurobiological, psychological, and physiological links in the transformation of fear emotion into bodily dysfunctions, as well as to identify unresolved problems in this area. Using theoretical analysis and systematization of scientific publications (PubMed, Scopus, Russian journals, 2018–2025), four neurobiological levels of the fear response organization were identified: cortical, limbic, brainstem, and endocrine. It was revealed that alexithymia (inability to verbalize emotions) acts as a key mediator of fear somatization, with its level being significantly higher in somatoform disorders (47.54 ± 5.20 on TAS-20) compared to anxiety-phobic disorders (34.69 ± 10.69). Two types of psychosomatic response to fear were established: the sympatho-adrenal type (characteristic of most anxiety disorders, with tachycardia and hypertension) and the parasympathetic/vasovagal type (in specific phobias, with bradycardia and hypotension). Comparative analysis showed that anxiety levels are higher in anxiety-phobic disorders (11.79 ± 3.07 on HADS), whereas depression (8.07 ± 1.98) and alexithymia dominate in somatoform disorders. The effectiveness of therapeutic approaches was analyzed: cognitive-behavioral therapy remains the gold standard, while unconscious exposure methods show preliminary evidence of reducing behavioral avoidance ($d=0.77$). Gaps in the study of the problem were identified: a lack of longitudinal studies, an absence of integrative models of systemic organ interaction in chronic fear, and the underdevelopment of personalized algorithms for therapy selection. The findings highlight the need to implement screening for anxiety and alexithymia in patients with somatic complaints of unclear genesis, to use HADS and TAS-20 scales for differential diagnosis of anxiety-phobic and somatoform disorders, and to provide psychoeducation in cases of pronounced alexithymia. Recommendations for clinical practice were developed: training primary care physicians to recognize psychosomatic masks of fear and prioritizing longitudinal studies to establish causal relationships.

Ключевые слова: страх, тревога, психосоматические механизмы, алекситимия, паническое расстройство, соматоформные расстройства, вазовагальная фобия, когнитивно-поведенческая терапия.

Keywords: fear, anxiety, psychosomatic mechanisms, alexithymia, panic disorder, somatoform disorders, vasovagal phobia, cognitive-behavioral therapy.

Страх является фундаментальной эмоцией, закрепленной в процессе эволюционной адаптации человека. Будучи древнейшим защитным механизмом, он мобилизует ресурсы организма для реагирования на угрозы и обеспечивает выживание. Однако в современном мире нейронные сети, связанные с реализацией страха, все чаще приводят к психосоматическим расстройствам и дезадаптивным формам поведения [2].

Проблема психосоматических последствий страха приобретает особую значимость в условиях роста тревожных и панических расстройств среди населения. По данным эпидемиологических исследований, распространенность симптомов тревоги в популяции достигает критических значений, при этом значительная часть пациентов обращается за помощью не к психиатрам, а к врачам общей практики с соматическими жалобами [4].

Несмотря на обилие исследований в области аффективной нейробиологии и психосоматики, системное понимание механизмов трансформации эмоции страха в телесные дисфункции остается фрагментарным. Особую актуальность приобретает разработка концептуальных моделей, связывающих нейробиологические, психологические и физиологические уровни организации этого процесса.

Цель исследования – систематизация и теоретическое моделирование психосоматических механизмов влияния страха на жизнедеятельность человека с выделением ключевых патогенетических звеньев и зон неопределенности.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена в жанре теоретического обзора с элементами систематического анализа. Основой для написания статьи послужили рецензируемые научные публикации, индексируемые в базах данных PubMed, Scopus, а также материалы российских научных журналов за период 2018–2025 гг. Поиск осуществлялся по ключевым словам: «страх», «тревога», «психосоматические механизмы», «вегетативная регуляция», «паническое расстройство», «соматоформные расстройства», «терапия страха».

При обработке материала использовались следующие методы: сравнительный анализ теоретических моделей и эмпирических данных, метод концептуального синтеза, построение типологических классификаций. Отбор источников проводился с учетом критериев научной достоверности, актуальности (преимущественно за последние 5 лет) и релевантности теме исследования. Общее количество проанализированных источников – 11.

Результаты и обсуждение

Страх представляет собой сложное мультикомпонентное состояние, реализуемое через взаимодействие корковых и подкорковых структур головного мозга. Ключевая роль в формировании реакции страха принадлежит миндалевидному телу (amygdala), которое выступает в качестве центрального процессора эмоционально значимых стимулов [2].

Активация миндалины запускает каскад нейроэндокринных реакций, включая стимуляцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (НРА-ось) с последующим выбросом кортизола и катехоламинов. В работе Efremov (2025) была предложена гипотеза первичности страха «*fear primacy hypothesis*», согласно которой страх может рассматриваться как фундаментальная основа всего спектра эмоциональных состояний человека [2].

Эта гипотеза имеет важное значение для понимания психосоматических расстройств, поскольку предполагает, что различные соматические симптомы могут быть производными от базового паттерна страхового реагирования. Важным теоретическим достижением последних лет является концепция континуума угрозы («*threat imminence continuum*»), которая позволяет рассматривать тревожные симптомы как аберрантное выражение адаптивных защитных реакций [6].

Согласно этой модели, по мере увеличения близости угрозы происходит последовательная смена стратегий реагирования: от превентивной тревоги и беспокойства (при отдаленной угрозе) через физиологическую активацию (при приближении угрозы) к панической реакции и оборонительному поведению (при непосредственной угрозе).

Таблица 1
НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ УРОВНИ ОРГАНИЗАЦИИ РЕАКЦИИ СТРАХА [2; 10]

Уровень	Структуры	Основные медиаторы	Психосоматические проявления
Кортикальный	Префронтальная кора, передняя поясная кора	ГАМК, глутамат	Когнитивная оценка угрозы, руминации
Лимбический	Миндалина, гиппокамп	КРГ, нейропептид Y	Эмоциональное реагирование, консолидация страховой памяти
Стволовой	Голубое пятно, периаквадуктальный серый	Норадреналин	Вегетативные реакции, стартл-рефлекс
Эндокринный	Гипоталамус, гипофиз, надпочечники	Кортизол, АКТГ	Соматические дисфункции (сердечно-сосудистые, ЖКТ)

Страх оказывает многоуровневое влияние на жизнедеятельность человека, затрагивая все системы организма. При этом характер соматических проявлений варьирует в зависимости от интенсивности и продолжительности страхового переживания, а также от индивидуальных особенностей регуляции. Авторами Sarakostova с соавт. (2024) было показано, что пациенты с тревожными расстройствами часто демонстрируют сложные коморбидные паттерны, включающие как психические нарушения, так и соматическую патологию [4].

В экстренной медицинской практике дифференциальная диагностика между первично психическим и первично соматическим происхождением симптомов представляет значительные трудности. Кардиологические проявления (тахикардия, боли в груди, ощущение перебоев), респираторные симптомы (ощущение нехватки воздуха, гипервентиляция) и гастроинтестинальные нарушения могут быть следствием как соматического заболевания, так и психосоматического реагирования в рамках страха. В исследовании Хоміцького и Кондратенко (2023) были выявлены значимые различия в психопатологических паттернах между пациентами с тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами [11].

У пациентов с тревожно-фобическими расстройствами (F40 по МКХ-10) уровень тревоги был значительно выше ($11,79 \pm 3,07$ по шкале HADS против $6,41 \pm 1,74$ в группе соматоформных расстройств), тогда как уровень депрессии был ниже ($5,48 \pm 1,76$ против $8,07 \pm 1,98$).

Таблица 2
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПРОФИЛЕЙ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ СТРАХОВЫХ РАССТРОЙСТВ [9]

Показатель	Тревожно-фобические расстройства (F40)	Соматоформные расстройства (F45)
Уровень тревоги (HADS)	Высокий ($11,79 \pm 3,07$)	Умеренный ($6,41 \pm 1,74$)
Уровень депрессии (HADS)	Низкий/умеренный ($5,48 \pm 1,76$)	Выраженный ($8,07 \pm 1,98$)
Алекситимия (TAS-20)	Умеренная ($34,69 \pm 10,69$)	Выраженная ($47,54 \pm 5,20$)
Доминирующие копинг-стратегии	Поиск социальной поддержки (75%), самоконтроль (60,71%)	Дистанцирование (62,14%), положительная переоценка (53,17%)
Характер телесных жалоб	Вегетативные пароксизмы	Хронические сенестопатии

Особый интерес представляет феномен алекситимии-неспособности к вербализации и дифференциации собственных эмоциональных состояний. В группе соматоформных расстройств уровень алекситимии ($47,54 \pm 5,20$ по TAS-20) был достоверно выше, чем в группе тревожно-фобических расстройств ($34,69 \pm 10,69$). Это подтверждает гипотезу о том, что

дефицит эмоциональной регуляции является ключевым механизмом «соматизации» страха-трансформации неотреагированного эмоционального напряжения в телесные симптомы.

Паническое расстройство представляет собой наиболее яркую клиническую модель, демонстрирующую тесную взаимосвязь между страхом и соматической дисфункцией. Паническая атака, определяемая как интенсивное чувство надвигающейся катастрофы, сопровождается широким спектром телесных ощущений: сердцебиение, боль в груди, удушье, головокружение, потливость, тремор, парестезии [11].

Уровень тревоги у пациентов с тревожно-фобическими расстройствами имеет положительную корреляцию с субшкалой алекситимии «экстернальное мышление» ($p < 0,01$), а также с такими копинг-стратегиями, как «положительная переоценка», «бегство-избегание» и «дистанцирование». Эти данные свидетельствуют о том, что пациенты с паническими атаками склонны использовать стратегии эмоциональной регуляции, которые парадоксальным образом усиливают телесные проявления страха. Каузальное моделирование панического расстройства, представленное в работе Fava и Morton (2009), показывает, что паническая атака может запускаться как экстернальными (внешние стимулы), так и интернальными (телесные ощущения) триггерами [3].

Это создает порочный круг: первичная вегетативная реакция (например, легкое учащение пульса) интерпретируется как угроза («у меня сердечный приступ»), что усиливает тревогу, которая, в свою очередь, провоцирует дальнейшую вегетативную активацию. Особую группу психосоматических нарушений представляют специфические фобии, связанные с медицинскими манипуляциями. Вазовагальная (крово-инъекционно-травматическая) фобия (ВП phobia) характеризуется уникальным для фобических расстройств паттерном физиологического реагирования: вместо ожидаемой тахикардии и гипертензии у пациентов развивается брадикардия и гипотензия с риском синкопальных состояний [1].

Этот феномен демонстрирует, как конкретное содержание страха определяет качество психосоматического ответа. При стимулах крови и инъекций активируется не симпатическая, а парасимпатическая система (как при большинстве страхов), с реализацией депрессорного вазовагального рефлекса. В обзоре Bormusova и Stoyanova (2025) подчеркивается, что эффективная терапия таких состояний требует интеграции когнитивных и психофизиологических подходов [1].

Метод нарастающего напряжения («*applied tension*»)-специфическое вмешательство, направленное на противодействие вазовагальному коллапсу, является примером успешного интегративного подхода, объединяющего поведенческие техники с пониманием физиологических механизмов. Лечение страха и связанных с ним тревожных расстройств представляет сложную задачу, что обусловлено феноменом рецидива страховых воспоминаний, которые поддерживают негативную симптоматику у пациентов [9].

На сегодняшний день в клинической практике активно используются различные техники: гипнотерапия, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), экспозиционная терапия. Однако ни один из методов не является универсальным, что требует персонализированного подхода к коррекции индивидуальных страхов. Когнитивно-поведенческая терапия остается золотым стандартом лечения тревожных расстройств. Мета-анализы подтверждают высокую эффективность КПТ, основанной на экспозиции. Механизм терапевтического действия связывается с процессами угашения страха (т.е. постепенного ослабления условной страховой реакции при предъявлении пугающего стимула без подкрепления) и ингибиторного обучения: формирования новых ассоциаций, конкурирующих со старой страховой памятью [8].

Инновационным направлением является разработка методик, воздействующих на страх без его сознательного переживания. В систематическом обзоре Siegel и Peterson (2024)

представлены данные о десяти парадигмах «бессознательной экспозиции», которые позволяют снижать поведенческое избегание и нейробиологические индикаторы страха без субъективного переживания дистресса. В контролируемых исследованиях с участием фобических пациентов подобные интервенции приводили к снижению поведенческого избегания ($d = 0,77$) и самооцениваемого страха ($d = 0,78$) [5].

Таблица 3

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ
К ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВАМ СТРАХА [4; 6; 12]

Терапевтический подход	Механизм действия	Эффективность	Ограничения
Когнитивно-поведенческая терапия	Постепенное ослабление страховой реакции, реструктуризация убеждений	Высокая	Низкая приверженность из-за дистресса экспозиции
Экспозиционная терапия	Ингибиторное обучение, формирование новых ассоциаций	Доказанная	Высокий риск отсева
Бессознательная экспозиция	Обход сознательной обработки угрозы	Предварительные данные ($d=0,77-0,80$)	Ограниченная эмпирическая база
Гипнотерапия	Изменение состояния сознания, работа с подсознанием	Умеренная	Методологическая сложность оценки

Анализ современной литературы позволяет выделить следующие нерешенные проблемы и зоны неопределенности в изучении психосоматических механизмов страха:

Недостаточность лонгитюдных исследований. Большинство работ носят поперечный характер, что не позволяет установить причинно-следственные связи между страхом и развитием соматических дисфункций. Остается открытым вопрос: является ли соматическая патология следствием хронического страха или же соматическая уязвимость предрасполагает к более интенсивному страховому реагированию?

Дискуссионность морфологических коррелятов. Признавая роль миндалины, префронтальной коры и гиппокампа в регуляции страха, исследователи расходятся во мнении относительно специфичности нейроанатомических изменений при разных типах тревожных расстройств. Неясно, существуют ли качественные различия в нейронных сетях при соматизированном страхе по сравнению с психологически переживаемым.

Фрагментарность исследований психосоматических связей. Изучение влияния страха на сердечно-сосудистую, дыхательную, пищеварительную и иммунную системы проводится изолированно, без учета их системного взаимодействия. Отсутствуют интегративные модели, описывающие одновременную реакцию всех систем организма на хронический страх.

Неработанность персонализированных критериев выбора терапии. Несмотря на наличие эффективных методов лечения, не существует эмпирически обоснованных алгоритмов выбора между КПТ, экспозиционной терапией, бессознательными техниками или фармакотерапией для конкретного пациента с учетом его психосоматического профиля [5].

Роль алекситимии как медиатора. Хотя установлено, что алекситимия выше при соматоформных расстройствах, механизмы того, как именно дефицит эмоциональной регуляции трансформирует страх в телесный симптом, остаются недостаточно изученными. Неизвестно, является ли алекситимия предиктором плохого ответа на психотерапию [11].

Заключение

Проведенный теоретико–методологический анализ позволяет сформулировать ряд ключевых выводов и практических рекомендаций. Страх представляет собой фундаментальное, эволюционно закрепленное состояние, которое при определенных условиях трансформируется из адаптивного защитного механизма в патогенетический фактор психосоматических расстройств. Нейробиологической основой этой трансформации выступает дисрегуляция деятельности миндалевидного тела и префронтальной коры с формированием патологических кругов тревоги и соматизации [2, 3]. Клинические и экспериментальные данные свидетельствуют о существовании различных типов психосоматического реагирования на страх: симпато-адреналового (характерного для большинства тревожных расстройств) и парасимпатического (вазовагальный тип фобий) [1]. Каждый из этих типов требует специфического терапевтического подхода. Наиболее перспективным направлением терапии психосоматических проявлений страха является интеграция методов КПТ, направленной на когнитивную реструктуризацию, и техник работы с телом, учитывающих психофизиологические особенности пациента [5, 8].

На основе проведенного анализа сформулированы следующие *рекомендации*:

Для клинической практики: внедрение обязательного скрининга уровня тревоги и алекситимии у пациентов с соматическими жалобами неясного генеза. Рекомендуется использование госпитальной шкалы HADS и Торонтской шкалы алекситимии TAS-20 при дифференциальной диагностике тревожно-фобических и соматоформных расстройств [11].

Для психотерапевтической практики: при выраженной алекситимии необходим первоочередной этап психообразования, направленный на развитие способности к идентификации и вербализации эмоций. Без преодоления алекситимического барьера классические КПТ-интервенции могут быть малоэффективны.

Для системы здравоохранения: подготовка врачей первичного звена к распознаванию психосоматических масок тревожно-фобических расстройств, чтобы снизить гипердиагностику соматической патологии и предотвратить ненужные инструментальные исследования [4].

Для научных исследований: приоритетное развитие лонгитюдных исследований с повторными измерениями психологических и физиологических показателей для установления причинно-следственных связей между страхом и соматической патологией, а также разработка новых протоколов «бессознательной экспозиции» для пациентов с низкой толерантностью к дистрессу [5].

Список литературы:

1. Bormusova L. F., Stoyanova I. Y. Vasovagal (BII) phobia: cognitive-behavioral models and clinical implications // International journal of medicine and psychology. 2025. V. 8. №8. P. 399-407.
2. Efremov A. The fear primacy hypothesis in the structure of emotional states: A systematic literature review // Psychological Reports. 2025. P. 00332941241313106. <https://doi.org/10.1177/00332941241313106>
3. Fava L., Morton J. Causal modeling of panic disorder theories // Clinical psychology review. 2009. V. 29. №7. P. 623-637. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.002>
4. Sarakostova S., Pantileeva D., Dilkov D., Semerdzhieva N., Chaneva M., Ivanova S., Rangelova D. Anxiety in the emergency medical practice—its psychiatric and somatic origin, comorbidities, behavior and treatment // Pharmacia. 2024. V. 71. P. 1-7.

5. Siegel P., Peterson B. S. "All we have to fear is fear itself": Paradigms for reducing fear by preventing awareness of it // *Psychological Bulletin*. 2024. V. 150. №9. P. 1118. <https://doi.org/10.1037/bul0000437>
6. Somerville Y., Abend R. The organization of anxiety symptoms along the threat imminence continuum // *New Discoveries in the Brain Sciences of Fear and Anxiety-From Basic to Clinical Neuroscience*. 2024. P. 93-121. https://doi.org/10.1007/7854_2024_548
7. Кравцова А. В., Литвинова А. А., Асмоловский А. В., Шаматкова С. В. Психоэмоциональное состояние студентов-медиков, привлеченных к оказанию медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19 // *Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Естественные и медицинские науки*. 2021. № 1. С. 105-113.
8. Мелехин А. И., Хоменко И. В. Деадаптивная тревога о здоровье: применение дистанционной КПП (клиническое исследование) // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2023. № 4. С. 29-39. <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2023-9-2-29-39>
9. Федонников А.С., Голубев А.В. Медико-организационные аспекты управления предоперационными страхами пациентов (обзор) // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2018. Т. 14. № 4. С. 686-690.
10. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Николаева В.В. Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра // *Консультативная психология и психотерапия*. 2019. Т. 27. № 4. С. 384-390. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390>
11. Хоміцький М.Є., Кондратенко М.Ю. Відмінності в стратегіях подолання стресових ситуацій у хворих на соматоформний та тривожно-фобічний розлади з явищами зниження критичності // *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2023. № 1. С. 58-69. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2023.1-07>

References:

1. Bormusova, L. F., & Stoyanova, I. Y. (2025). Vasovagal (BII) phobia: cognitive-behavioral models and clinical implications. *International journal of medicine and psychology*, 8(8), 399-407. (in Russian).
2. Efremov, A. (2025). The fear primacy hypothesis in the structure of emotional states: A systematic literature review. *Psychological Reports*, 00332941241313106. <https://doi.org/10.1177/00332941241313106>
3. Fava, L., & Morton, J. (2009). Causal modeling of panic disorder theories. *Clinical psychology review*, 29(7), 623-637. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.002>
4. Sarakostova, S., Pantileeva, D., Dilkov, D., Semerdzhieva, N., Chaneva, M., Ivanova, S., ... & Rangelova, D. (2024). Anxiety in the emergency medical practice – its psychiatric and somatic origin, comorbidities, behavior and treatment. *Pharmacia*, 71, 1-7. (in Russian).
5. Siegel, P., & Peterson, B. S. (2024). "All we have to fear is fear itself": Paradigms for reducing fear by preventing awareness of it. *Psychological Bulletin*, 150(9), 1118. (in Russian). <https://doi.org/10.1037/bul0000437>
6. Somerville, Y. I., & Abend, R. (2024). The organization of anxiety symptoms along the threat imminence continuum. *New Discoveries in the Brain Sciences of Fear and Anxiety-From Basic to Clinical Neuroscience*, 93-121. https://doi.org/10.1007/7854_2024_548
7. Kravtsiva, A. V., Litvinova, A. A., Asmolovskii, A. V., & Shamatkova, S. V. (2021). Psikhoemotsional'noe sostoyanie studentov-medikov, privlechennykh k okazaniyu meditsinskoi

pomoshchi v usloviyakh pandemii COVID-19. *Vestnik Baltiiskogo federal'nogo universiteta im. I. Kanta. Seriya: Estestvennye i meditsinskie nauki*, (1), 105-113. (in Russian).

8. Melekhin, A. I. (2023). Dezadaptivnaya trevoga o zdorov'e: primeneniye lechebnoi distantsionnoi kognitivno-povedencheskoi terapii. Klinicheskoe issledovanie. *Zhurnal telemeditsiny i elektronnoy zdavookhraneniya*, 9(2), 29-39. (in Russian). <https://doi.org/10.29188/2712-9217-2023-9-2-29-39>

9. Fedonnikov, A. S., Katkova, A. V., & Andriyanova, E. A. (2018). Mediko-organizatsionnye aspekty upravleniya predoperatsionnymi strakhami patsientov (analiticheskii obzor). *Saratovskii nauchno-meditsinskii zhurnal*, 14(4), 686-690. (in Russian).

10. Kholmogorova, A. B., Subotich, M. I., Rakhmanina, A. A., Borisonik, E. V., Roi, A. P., Lysenko, Yu. S., & Petrikov, S. S. (2019). Ispytyvaemyi uroven' stressa i trevogi u patsientov mnogoprofil'nogo meditsinskogo tsentra. *Zhurnal im. NV Sklifosovskogo "Neotlozhnaya meditsinskaya pomoshch'"*, 8(4), 384-390. (in Russian). <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2019-8-4-384-390>

11. Khomitskii, M., & Kondratenko, M. (2023). Razlichiya v strategiyakh preodoleniya stressovykh situatsii u bol'nykh somatoformnym i trevozhno-fobicheskim rasstroistvami s yavleniyami snizheniya kritichnosti. *Men's Health, Gender and Psychosomatic Medicine*, (1 (16)), 58-69. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2023.1-07>

Поступила в редакцию
30.05.2026 г.

Принята к публикации
16.06.2026 г.

Ссылка для цитирования:

Баялиева Ж. Т., Мамырканов М. А., Дуйшебаева Н. Ж., Хубиева С. А., Юсупова Ж. К. Психосоматические механизмы влияния страха на жизнедеятельность человека // Бюллетень науки и практики. 2026. Т. 12. №8. С. 334-342. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/129/37>

Cite as (APA):

Bayalieva, J., Mamyrganov, M., Duyshebaeva, N., Khubieva, S., & Yusupova, Z. (2026). Psychosomatic Mechanisms of Fear's Impact on Human Functioning. *Bulletin of Science and Practice*, 12(8), 334-342. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/129/37>